69e Année. 11e Série. Tome I. N° 18 30 Avril 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : **F. DE RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Marcel BAUDOUIN.**

SOMMAIRE. — Bulletin : Des Médecins de nuit à Paris, par Marcel Baudouin. — Le Congrès de Médecine de Montpellier, par le Dr F. de Ranse. — Médecine opératoire : La Chirurgie de l'Hépatique. Nouveaux cas d'Hépaticotomie (nouveau procédé de taille biliaire), par Marcel Baudouin. — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : I. *Médecine.* — Les Livres nouveaux. — Variétés : La Médecine légale à la fin du XIXe siècle. — Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français. — Les Hôpitaux militaires de Cuba. — Les chirurgiens-barbiers en Suède : Un peintre-paysagiste ancien apprenti chirurgien. — Nécrologie. — Nouvelles et Faits divers. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique. — Institut de Bibliographie.

BULLETIN

Les Médecins de nuit à Paris.

Il y a quelques jours, tous les journaux parlaient d'un brave homme pris d'une hémorrhagie grave, et sa femme affolée envoyait chercher au poste de police voisin l'un des médecins de nuit. Théoriquement, au dire de l'Administration, on devait *immédiatement* en trouver *un*. Pratiquement, on alla en chercher *six*, et on n'en trouva pas un, au dire de l'*Écho de Paris*, journal officieux, du 26 mars dernier.

On mit, dit-on, une heure à faire cette recherche. J'ignore si le malade en est mort ; mais qu'importe ! Tout le monde est d'accord, d'ailleurs, pour constater aujourd'hui que la réorganisation votée par le Conseil municipal, ces temps derniers, est, aux points de vue social et municipal, humanitaire et scientifique, sinon professionnel, tout à fait vaine. Le prétendu remaniement qui a été fait ne l'a été que sur le papier ; et, avec les moyens auxquels on a recours, il est impossible qu'il en soit autrement, malgré la bonne volonté de tous, administrateurs et médecins, bonne volonté qui n'est pas niable. Aussi bien, ce qui est mauvais, ce n'est point le fonctionnement du service ; c'est le système. Il y a longtemps que nous avons proposé une autre organisation, il est vrai plus complexe, mais sûre au moins dans ses effets. Je n'ajoute pas qu'on n'y a jamais pris garde : on le devine sans peine !

Supposez qu'au lieu d'envoyer quérir un médecin à un poste de police, dans lequel il ne s'en trouve jamais du reste, il suffise de descendre dans la rue, de briser la vitre ou d'appuyer sur le bouton d'un *avertisseur d'accidents* et de remonter chez soi, simplement, sans perdre un temps précieux. Ce serait là une chose simple, n'est-il pas vrai ? Supposez également qu'à l'appel de la sonnerie s'amène de suite, en *voiture d'ambulance extra-rapide*, le médecin de garde du poste le plus voisin, avec le matériel nécessaire. En cinq ou dix minutes à peine, il sera sur le lieu de l'accident et sauvera le blessé, si le cas n'est pas au-dessus des ressources de l'art. Il me semble pourtant qu'il n'y a là rien d'extraordinaire !

Or, tout compte fait, ce système, qui est le mien, et que je défends par suite avec une certaine ténacité qu'on comprendra, ne coûterait pas tant qu'on veut bien le dire à la Ville de Paris, qui aurait au moins de la sorte organisé un *véritable* service de nuit, non sur le papier, mais dans la rue !

J'en ai parlé à plusieurs conseillers municipaux influents. Ils n'ont été qu'effrayés de mon délire des grandeurs ! Mais, heureusement, on ne m'a pas encore fait enfermer. J'ose espérer pourtant qu'on y arrivera, au moins pour calmer mon enthousiasme. Toutefois, je prends l'engagement d'en prévenir à l'avance mes lecteurs habituels.

Marcel Baudouin.

LE CONGRÈS DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

La quatrième session du Congrès français de médecine, qui s'est tenue à Montpellier, du 12 au 17 avril, sous la présidence du professeur Bernheim, de Nancy, a offert un grand intérêt par le nombre considérable de médecins qui s'y sont donné rendez-vous, par l'importance des questions qui y ont été discutées et la valeur des rapports ou des communications dont elles ont été l'objet, par la cordialité de l'accueil que les congressistes ont reçu du corps médical, des autorités municipales et départementales, de la population tout entière de Montpellier. On ne saurait, à tous ces points de vue, adresser de trop vives félicitations au Comité d'organisation, en particulier au président, le professeur Grasset et au secrétaire général, le professeur Carrieu.

Les facultés de médecine étaient représentées par nombre de leurs professeurs des plus éminents. Comme pour accentuer la décentralisation scientifique à laquelle concourent les congrès, la Faculté de médecine de Paris seule faisait défaut. Par contre, les universités étrangères voisines de la France, Bruxelles, Liège, Genève, Lausanne, Gênes, avaient envoyé des représentants, dont quelques-uns même avaient bien voulu se charger de rapports sur les questions à l'ordre du jour.

La première de ces questions, *Les formes cliniques de la tuberculose*, a été l'objet de trois rapports. Les co-rapporteurs, MM. Bard (de Lyon), Vergely (de Bordeaux), et Revilliod (de Genève), sont partis de trois points de vue différents et ont ainsi présenté la question sous différents aspects.

M. Bard a pris pour base de sa classification les caractères des lésions pathologiques, en s'appuyant sur les différences de leurs localisations topographiques et de leur évolution, destructive ou réparatrice, et en envisageant la maladie à sa période d'état. Certes, l'anatomo-pathologiste trouve là un terrain solide et, dans son exposition très remarquable, M. Bard a paru justifier les nombreuses divisions et subdivisions de sa classification. Peut-être, au lit du malade, la distinction de toutes ces formes est-elle plus difficile et les conséquences pratiques qu'on en peut tirer plus discutables. C'est une simple réserve que nous croyons devoir émettre

Avec M. Vergely nous restons sur le terrain essentiellement clinique. « Une forme clinique, dit-il, comprend un ensemble de signes, un début, une marche, des localisations anatomiques primitives, qui lui donnent une physionomie propre qui permet de la différencier nettement d'une autre. » Une classification ainsi comprise satisfait peut-être moins l'esprit qu'une classification exclusivement anatomique, mais, pour la généralité des praticiens, elle est plus en rapport avec l'observation quotidienne des faits.

M. Revilliod envisage la question au point de vue du pronostic de la tuberculose, des formes curables ou incurables, et des différentes conditions, en particulier des conditions pathologiques, qui créent, accroissent ou atténuent l'immunité ou la réceptivité pour l'infection tuberculeuse.

Nous ne saurions ici entrer dans le détail de la discussion de ces trois rapports et des communications diverses qui sont venues se greffer sur cette discussion.

La seconde question, *Associations microbiennes et infections mixtes*, a été aussi l'objet de trois rapports, l'un de M. Malvoz (de Liège), le second de M. P. Spillmann (de Nancy), le troisième de M. Widal (de Paris).

M. Malvoz se borne à poser la question, dont il fait un rapide historique.

M. Spillmann étudie les associations microbiennes au point de vue clinique, ce qui, dit-il, est peut-être prématuré, mais ce qui, ajouterons-nous, offre un grand intérêt pour les praticiens qui ne peuvent suivre que de loin les travaux de laboratoire.

Dans son rapport, véritablement magistral, qu'il a résumé avec un talent d'exposition remarquable, M. Widal, après des considérations générales sur l'historique et l'état de la question, étudie successivement le rôle favorisant des symbioses microbiennes dans la genèse de certaines infections; le rôle des associations contractées assez tôt pour changer la marche et l'évolution de la maladie et constituer les infections mixtes; le rôle des associations contractées assez tardivement pour n'occasionner que des compli-

cations et ne réaliser, à proprement parler, que des infections secondaires; le rôle bienfaisant que semblent avoir certaines associations sur la marche de certaines infections expérimentales; enfin les traces spécifiques laissées dans les humeurs par des infections combinées.

L'une des conclusions générales formulées par le rapporteur est que « la pathogénie n'a pas été seule à bénéficier de la notion des associations microbiennes. Le diagnostic, le pronostic, la prophylaxie et même le traitement en tirent, chaque jour, un large bénéfice. »

Cette question des associations microbiennes a inspiré une foule de communications, dont plusieurs ont offert un grand intérêt. On peut dire que la microbiologie, d'une manière générale, a eu les honneurs du Congrès.

La troisième question, *De l'emploi thérapeutique des organes à sécrétion interne*, sur laquelle on a entendu le rapport de M. de Cérenville (de Lausanne), celui de M. Mossé (de Toulouse), et d'assez nombreuses communications, est encore bien récente pour donner lieu à une discussion dont on puisse tirer des conclusions solides. C'est du moins l'impression générale qu'on en a ressentie, et l'on est ainsi conduit à dire que l'opothérapie reste une question à l'étude.

Nous ne saurions même énumérer les communications diverses dues à l'initiative propre des membres du Congrès, et dont l'ordre du jour des séances s'est trouvé parfois très chargé. Nous avons entendu exprimer à ce sujet deux opinions.

Les uns voudraient que les séances des congrès fussent exclusivement consacrées à la discussion des rapports sur les questions proposées, et qu'aucune communication étrangère à ces questions ne pût être portée à la tribune.

Les autres demandent le maintien du *statu quo* et le droit pour chaque congressiste d'apporter, sur tel sujet de son choix, le fruit de ses études.

Cette dernière opinion paraît devoir prévaloir. En effet, les grandes questions généralement proposées par les Congrès ne sont abordables que par des médecins ayant à leur disposition des moyens d'étude tels que laboratoire, service hospitalier, dispensaire, etc. Or, c'est le petit nombre; et si ces questions étaient les seules portées à la tribune des Congrès, le nombre des adhérents ne tarderait pas à diminuer et à compromettre ainsi le succès des Congrès eux-mêmes.

D'autre part, le médecin des petites villes, qui peut recueillir dans sa clientèle des faits vraiment intéressants, n'a pas de société à laquelle il puisse les communiquer, de tribune où il puisse exposer le fruit de ses méditations. Le Congrès lui offre cette tribune : pourquoi le priver de cette douce et rare satisfaction ?

Donc, puisqu'il s'agit de décentralisation scientifique, la tribune d'un Congrès doit être accessible à chacun de ses membres. Mais, pour qu'il n'y ait pas pléthore de communications et par suite confusion, il faut instituer et faire observer un règlement sévère.

Au Congrès de Montpellier, malgré les efforts du Comité d'organisation, les rapports n'ont pu être remis aux congressistes qu'à leur arrivée, c'est-à-dire la veille de la discussion de ces rapports, dont ils n'avaient pas le temps de prendre connaissance. Dès lors les rapporteurs, au lieu de rappeler simplement les conclusions de leurs rapports, ont dû en faire un long exposé, qui a duré quelquefois plus d'une heure, rendant ainsi impossible l'épuisement de l'ordre du jour de la séance. Quand les rapports seront distribués une quinzaine de jours avant la réunion du Congrès et que tous les congressistes auront pu les lire à loisir et préparer leur argumentation critique, s'il y a lieu, les rapporteurs résumeront leur travail en dix minutes; et si la même durée maxima est accordée à chaque orateur, il sera facile de donner satisfaction à tous les auteurs inscrits.

Mais, parmi les communications dont il s'agit, il en est qui sont notoirement dépourvues d'un intérêt, ou même d'un caractère scientifique. Le Comité d'organisation, ou une commission spécialement instituée à cet effet, devrait avoir le droit de recevoir, d'examiner préalablement ces communications et de ne pas admettre celles qui paraîtraient entachées d'un intérêt extra-scientifique. Nous soumettons ces quelques réflexions aux organisateurs des futurs Congrès.

La Faculté de Médecine de Montpellier, qui invoque avec raison son ancienneté comme un titre de noblesse, semble aujourd'hui déborder de jeunesse, si l'on considère l'âge de la plupart de ses professeurs

ou chargés de cours et l'installation nouvelle de ses amphithéâtres, de ses laboratoires, de ses services hospitaliers, installation qui répond à toutes les exigences de l'enseignement moderne. Elle joint à tous ces avantages celui d'être riche, ou quasi-riche, et c'est chez elle, dans une propriété que lui a laissée un de ses anciens doyens, le professeur Bouissou, qu'elle a reçu les membres du Congrès. Plus de trois cents convives ont pris place à des tables dressées, entre des tonneaux de 300 à 400 hectolitres, dans un immense cellier décoré, à cette occasion, de la façon la plus originale, et c'est en buvant le propre vin de la Faculté qu'on a toasté à sa prospérité, ou plutôt à celle de l'Université de Montpellier.

La Faculté de Médecine a profité de la présence des congressistes pour donner plus de solennité à l'inauguration, dans la cour d'entrée de l'hôpital suburbain, de la statue de l'un de ses maîtres les plus illustres, le professeur Delpech. Cette statue est l'œuvre d'un artiste montpelliérain de grand talent.

Les congrès sont devenus très fréquents et on en médit volontiers. En généralisant l'impression que nous avons emportée de celui de Montpellier, nous dirons d'eux que la science y gagne souvent et la confraternité toujours.

Dr F. DE RANSE.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

La Chirurgie de l'Hépatique. — Nouveaux cas d'Hépaticotomie.

(Nouveau procédé de taille biliaire).

Par Marcel BAUDOUIN

Chef de Laboratoire (Cours d'opération) à la Faculté de Médecine, Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

Dans l'article que nous avons consacré il y a quelque temps déjà à l'*Hépaticotomie* dans notre livre. *Les opérations nouvelles sur les voies biliaires* (1), chapitre qui a paru dans le *Progrès médical* (2), et qui a été résumé ici même (3), nous disions que jusqu'à présent nous ne connaissions qu'un seul cas de cette opération, celui du Pr Kocher (de Berne), dont nous avons publié pour la première fois la traduction française. Nous ajoutions que, par suite de circonstances très spéciales, cette opération n'avait pas été suivie de de guérison.

A l'heure actuelle, nous possédons plusieurs autres observations de ce genre, et, cette fois, le plus franc succès a répondu à la hardiesse des chirurgiens, qui ont ainsi osé s'attaquer aux calculs de l'hépatique, si profondément situés en une région d'un abord très délicat.

L'opération de Kocher était de 1889. Les nouvelles, celles de Cabot et d'Elliot, sont déjà anciennes et datent respectivement de 1892 et 1894; celle de Kehr est plus récente.

Voici les observations correspondantes, dont l'intérêt est manifeste, puisqu'il s'agit d'opérations typiques, ayant parfaitement réussi, sauf dans le cas de Kehr. Celle d'Elliot, en particulier, est très remarquable et par la perfection de la technique suivie et par l'absence totale de complication comparable à celle relatée par Cabot.

OBSERVATION II.

CABOT (1) (Cas I). [Traduction *in extenso*]. 23 juillet 1892. *Calculs multiples de la vésicule biliaire* (rétractée). — *Imperméabilité du cystique.* — **Calcul de l'Hépatique.** — *Cholécystostomie.* — **Hépaticotomie** *sans suture et avec drainage secondaire.* — *Hernie du colon.* — *Guérison.*

M. B..., 62 ans, fut envoyé à l'hôpital par M. le Dr Joseph Williams (de Charlestown). Bons antécédents héréditaires; homme rangé et tempérant. Pendant 2 ou 3 ans, il a souffert d'indigestions; un an auparavant il commença à avoir de l'ictère avec des sensations douloureuses survenant brusquement dans la région de l'ombilic. Pendant les trois semaines précédentes, il avait eu environ 12 accès douloureux avec localisation du niveau de l'hypocondre droit, chacun durant de 5 à 6 heures. Ses selles, pendant ce temps, devinrent très blanches (couleur d'argile) et la jaunisse était très intense au moment de l'entrée.

L'examen révéla l'existence d'une résistance anormale au-dessous du foie, difficile à définir à cause de l'état de la paroi abdominale tendue et rigide. Il y avait de la

(1) *Les opérations nouvelles sur les voies biliaires.* — Paris, *Institut de Bibliographie*, 1897, p. 86-95.

(2) *La Chirurgie de l'Hépatique*; in *Progrès médical*, 1897.

(3) *Gazette médicale de Paris*, 15 janvier 1898, n° 3, p. 2-328.

(1) CABOT. — *Cases of cholecystotomy with some remaks upon the technique of the operations*; in *Boston medic. and surg. Journal*, 1892, CXXVII, 547-550. [Observation V]. [Tr. — I. B. S.]

sensibilité dans cette région. Urine foncée, avec un poids spécifique de 1,011, contenant des filaments granuleux, teintés de pigment biliaire.

Opération. — J'opérai, le 23 juillet 1892. L'épiploon adhérait aux parties voisines de la vésicule biliaire, qui était très rétractée et se trouvait placée très loin vers le foie. Elle fut ouverte et beaucoup de petits calculs en furent extraits. Le canal cystique était impénétrable pour une sonde fine. Les recherches furent continuées, car ce qu'on avait découvert jusque-là n'expliquait pas la jaunisse et l'on sentit un *gros calcul dans le canal hépatique*, fort en arrière dans le foie.

Avec beaucoup de peine on pratiqua une incision sur ce canal, et on introduisit le doigt. On pouvait sentir le calcul, mais on eut grande difficulté à le saisir, car il s'échappait hors de toute atteinte dans le canal hépatique, très dilaté chaque fois qu'on essayait de le saisir. Finalement on le saisit avec une pince et *on le brisa* dans l'effort fait pour l'enlever. Les morceaux en furent lavés. La vésicule biliaire et le canal hépatique furent drainés, et de la gaze fut placée autour d'eux tout près de l'ouverture.

Suites. — Le malade guérit fort lentement; et on éprouva beaucoup d'ennuis par suite de la sortie d'une portion du côlon transverse par l'incision. On en vint cependant à bout; et le 17 août, ses selles commencèrent à avoir un peu de couleur. Dès lors, l'opéré guérit rapidement, et fut renvoyé en septembre en parfait état.

Observation III.

Elliott (John Wheelock) (Cas I). — [Traduction *in extenso*]. 4 septembre 1894 (1).

Calcul de l'Hépatique. — *Refoulement et Hépaticolithotripsie impossibles.* — **Hépaticotomie** *à sutures perdues intrapéritonéales.* — *Drainage sous-hépatique.* — *Guérison.*

Homme de 59 ans, pauvre, mais de vie régulière, ayant eu de l'ictère il y a 35 ans et de nouveau en mars 1894. Douleurs aiguës à la région ombilicale. Le malade est alité depuis 4 mois, et souffre beaucoup par intermittences de deux ou trois semaines; ces accès durent 2 ou 3 jours; à chaque accès, la coloration ictérique de la peau s'accentue, tandis qu'elle diminue dans l'intervalle des crises.

Vomissements fréquents; selles toujours d'une couleur de terre glaise. Amaigrissement progressif depuis 5 mois.

Le malade entre à " Massachusetts Hospital ". A l'examen on ne trouve rien à la région de la vésicule biliaire, sauf peut-être une résistance vague. L'urine contient une petite quantité d'albumine et d'hyaline. Pendant qu'il était à l'hôpital, le malade eut un de ces accès aigus, pendant lequel la température monta à 104° F.

Opération. — Le 4 septembre, je pratiquai une incision abdominale sur la ligne supérieure droite demi-lunaire (1). La vésicule biliaire fut trouvée vide et flasque; en palpant les conduits, on sentait un calcul logé profondément sous le foie dans le canal hépatique; il fut impossible de repousser ce calcul en suivant le canal hépatique, ni de le saisir avec les doigts.

Il n'y avait pas d'autre calcul dans le canal cystique, ni dans le conduit commun. Après avoir détruit de nombreuses adhérences, on réussit à le saisir entre le pouce et l'index et à le déloger. Les adhérences et le duodénum furent écartés de chaque côté, et l'on vit alors apparaître le calcul entre les doigts, lorsqu'il n'y eut plus au-dessus que le péritoine et la paroi du canal. Le champ opératoire fut tapissé à la gaze iodoformée pour empêcher l'infection par la bile; le *canal fut incisé*, et on put extraire le calcul qui était de la grosseur d'un œuf de rouge-gorge.

Le *canal fut suturé immédiatement au catgut* et l'on fit un second étage de sutures à la soie, en y comprenant le péritoine. Le canal avait été pincé entre les doigts; et il s'échappa très peu de bile pendant l'opération.

Vers le haut du canal suturé, on plaça un drain et l'on fit un pansement à la gaze. Guérison rapide et complète.

Le canal ne suintant pas, on enleva le drain et la gaze dès le deuxième jour. Le quatrième jour, la plaie abdominale fut refermée complètement au moyen de sutures. Les selles ont la coloration normale et la jaunisse a disparu en partie. Au bout de trois semaines, le malade sortait de l'hôpital, et huit mois après on constatait que sa santé était excellente.

Remarques. — Voici quelques remarques complémentaires faites par Elliot, au cours de son travail, sur la technique opératoire suivie dans cette observation. — Le malade fut placé sur un plan incliné de 45 degrés environ et retenu par des courroies qui lui passent sous les bras. On passa un coussin derrière le dos pour que le malade fût courbé au dessus. Dans cette position, les intestins occupent par leur pesanteur la partie inférieure de l'abdomen, de sorte que, quand le foie est soutenu par un rétracteur, l'air semble attiré entre le foie et les intestins, autant que, dans la position de Trendelenburg, vers le pubis.

(1) Elliott (J. W.). — *Immediate suture of the gall-ducts and the gall-blader after extraction of stones.* Obs. I. Removal of an impacted stone from the hepatic duct, with immediate closure of the duct. [Extraction d'un calcul du canal hépatique avec fermeture immédiate du canal]. *Ann. Surg.*, Phil., 1895, xxii, 86-98.

(1) Incision oblique.

L'abdomen fut incisé sur la ligne semi-lunaire droite, la vésicule biliaire saisie et attirée au dehors. L'on palpa alors avec grand soin les canaux. Lorsqu'on eut trouvé un calcul, il fallut palper les autres canaux avec un soin tout particulier, car, pour le succès de la suture, il était indispensable que l'écoulement de la bile se fasse sans rencontrer d'obstacle. Lorsqu'on eut rencontré le calcul, on le saisit entre le pouce et

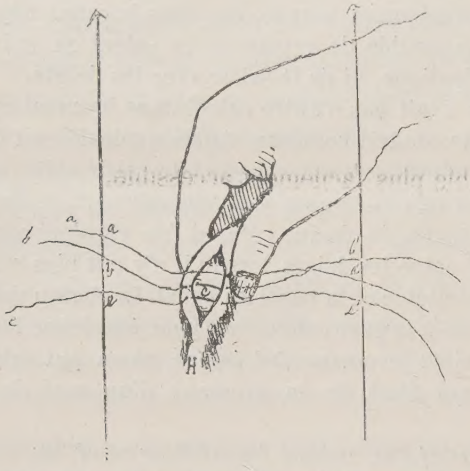

Fig. 53. — Canal hépatique pincé entre le pouce et l'index de la main gauche. — Point de suture placé avant l'extraction du calcul.

l'index gauches (*Fig.* 53); on l'*éleva* au niveau convenable et on le tint ainsi soulevé jusqu'à ce que les sutures eussent été faites. On incisa le canal sur le calcul, en faisant une incision longitudinale. Les points de suture furent placés sur les bords de l'incision, *avant d'extraire le calcul.* Dès qu'il fut enlevé, le canal s'affaissa ; la plaie fut baignée par la bile et ne fut plus accessible. Aussitôt que le calcul fut extrait, on pinça le canal pour empêcher la bile d'envahir la plaie avant d'avoir serré le point de suture. A ce moment, on aurait pu, si l'on avait voulu, introduire une sonde dans le canal. On fit deux rangées de sutures au catgut, pour le canal, et, à la soie, pour le péritoine. On mit un drain au bas du canal et on l'entoura de gaze. La plaie abdominale fut fermée, en laissant l'espace nécessaire pour enlever la gaze.

Observation IV.

Kehr (1). — *Calculs de la vésicule biliaire. — Cholécystoctomie. — Déchirure accidentelle du canal hépatique. — Ligature latérale de l'hépatique. —* **Calcul de l'hépatique. — Hépaticotomie.** — *Mort.*

(1) Kehr. — Traduction du résumé publié par Langenbuch (*Chir. der Leber und Gallenblasen*, 1897, p. 345-346).

Opération. — Dans ce cas, on trouva à l'opération une vésicule très petite, ratatinée et à peine susceptible d'être isolée ; elle contenait deux gros calculs et du sérum. Pendant son extirpation, le canal hépatique, à son entrée dans le foie, fut un peu déchiré,

En raison de l'impossibilité de faire une suture à ce niveau, on plaça une pince de Roser sur la plaie opératoire du canal, et on fit la ligature du pédicule. Alors, entre l'embouchure du cystique et le foie, c'est-à-dire au milieu de l'hépatique, un calcul, gros comme un haricot, fut enlevé par une incision de l'hépatique, c'est-à-dire par une hépaticotomie suture de l'hépatique.

Le patient mourut dans le collapsus ; il avait été très affaibli avant l'opération par la fièvre biliaire et par l'ictère.

Remarques. — Cette opération, que Kehr fut amené à faire par hasard, car s'il n'avait pas déchiré l'hépatique au cours de la cholécystectomie, il n'eût sans doute pas découvert le calcul de ce conduit — ce qui aurait amené la mort de ce malade, — n'a malheureusement pas été suivie de succès, comme celle de Kocher, quoiqu'elle ait été effectuée suivant toutes les règles.

Mais il faut faire remarquer qu'on fit, en même temps, deux autres interventions sérieuses : la *Cholécystectomie* et la *ligature latérale* de l'hépatique. Ce qui suffit à expliquer le décès rapide, si l'on se souvient surtout de l'état pitoyable dans lequel était le patient avant d'être opéré.

Le point sur lequel nous voulons insister est cette Ligature latérale. C'est la première fois que nous rencontrons, au cours de nos recherches bibliographiques sur la chirurgie biliaire, une opération de cette nature. Elle a un intérêt réel, et elle en aura bientôt un plus grand sans doute si, du moins, l'expérience vient montrer ultérieurement qu'elle est vraiment possible (comme l'a prouvé Kehr), qu'elle donne des résultats (ce que n'a pas démontré l'observation de ce chirurgien), et si elle est applicable aux parties *très profondes* de ce canal pour les petites déchirures traumatiques, accidentelles ou chirurgicales. Il n'est pas probable, en effet, que l'on recoure jamais à ce procédé pour la vésicule et le cystique, d'un accès assez aisé, organes sur lesquels on peut assez facilement placer des points de suture; ce qui vaudra toujours mieux en l'espèce qu'une ligature latérale, même bien faite. Mais, pour l'hépatique et même le cholédoque, cette manœuvre pourra rendre parfois des services,

s'il est démontré qu'elle est suffisante. Il ne faut donc pas oublier qu'on peut au moins y songer, en désespoir de cause; et nous sommes très heureux d'avoir pu attirer, un instant, l'attention sur elle. Dès que nous aurons retrouvé d'autres interventions de cette nature, nous y reviendrons dans une étude spéciale.

Considérations opératoires.

Nous n'avons que quelques remarques à formuler à propos du manuel opératoire suivi dans ces différentes interventions.

On a, à l'exemple de Kocher, attaqué le calcul par la voie habituelle, la voie sous-hépatique. On a fait une incision au canal par la face inférieure du foie. Il est bien évident qu'il faudra toujours procéder ainsi pour extirper le calcul de l'hépatique. Au contraire, dans l'*hépaticostomie*, où l'on s'attaque plutôt à la *rétrodilatation* du conduit qu'à l'obstacle au cours de la bile, lui-même, c'est-à-dire au calcul, on est presque toujours obligé de passer à travers le foie, et de faire une intervention non pas sous-hépatique, mais *intra-hépatique*. Et, si nous insistons à dessein sur cette différence, qui semble évidente pourtant, c'est que les chirurgiens allemands continuent à confondre ces deux opérations pourtant absolument dissemblables.

Comme on l'a vu plus haut, Elliot a fait une *laparotomie* à incision abdominale oblique, presque parallèle au bord antérieur du foie, incision qui a certains avantages au point de vue de l'exploration, mais quelques inconvénients post-opératoires; elle avait déjà été employée par Kocher. On ne peut pas soutenir que ce soit là absolument l'incision de choix de l'hépaticotomie, car, dans ces deux cas, le diagnostic préalable de calcul de l'hépatique n'avait pas été posé, et l'indication de l'hépaticostomie n'avait pas été soupçonnée. Il n'y aurait rien d'impossible à ce qu'une laparotomie latérale, faite sur le bord externe du muscle droit, avec ou sans addition d'une incision transversale dirigée à droite (incision en II), n'offre des commodités aussi grandes pour arriver jusqu'à l'entrée de l'hépatique dans le foie. Un des points les plus intéressants de la technique d'Elliot est l'emploi d'un *plan incliné* à 45°, disposé en sens inverse de la position de Trendelenburg. C'est là une idée, sinon absolument nouvelle pour cette époque (1896), du moins absolument logique. Pour la chirurgie biliaire, en général, il y a d'ailleurs longtemps que, nous-même, nous avons songé à la possibilité et à l'utilité d'une telle manœuvre, susceptible de rendre, nous en sommes convaincu, de grands services à tous ceux qui voudront y recourir. Il est facile de concevoir une table d'opérations, permettant l'emploi commode de cette position, plus normale que celle de Trendelenburg. Il suffit, par un procédé quelconque, d'élever toute la partie qui correspond à la tête, en laissant, au niveau ordinaire des tables d'opération, la partie moyenne, c'est-à-dire celle qui correspond à la région hépatico-gastrique. Grâce à cette disposition, la face inférieure du foie, maintenu en haut par un aide, dégagée de la masse intestinale refoulée vers le bas, apparaît très visible, et semble plus facilement accessible.

Elliot a imaginé, pour le *placement des fils à suture*, une méthode très ingénieuse, qui mérite une grande attention, car elle peut s'appliquer à nombre de tailles pratiquées sur les voies biliaires dans les cas de calculs, c'est-à-dire à la cystiscotomie, et à la cholédochotomie, comme à l'hépaticotomie. Elle offre de très grands avantages au point de vue de la facilité d'exécution et de la sûreté opératoire. On y recourra toutes les fois qu'on pourra l'employer, c'est-à-dire dans les cas de calculs reconnus *uniques*, et même de calculs *multiples* non *adhérents*, surtout de *volumes moyens*. Voici en quoi elle consiste. Après avoir, au cours de l'exploration, découvert le calcul, il faut le le saisir entre le pouce, et l'index de la main gauche, et soulever le plus possible le canal qui le renferme; et on le tient ainsi soulevé jusqu'à ce que l'opération soit terminée. Cela étant, on incise au bistouri fin le canal sur le caclul, à l'aide d'une incision longitudinale. Mais on se gardera bien d'enlever de suite le calcul; on le laisse à sa place, et on passe les fils à suture à travers les deux bords de la plaie, ce qui facilite singulièrement la manœuvre, puisqu'on a un point d'appui, et empêche la sortie de la bile dans l'abdomen, pendant que l'on serre les fils et fait les nœuds, le calcul joue le rôle de bouchon (*Fig.* 53). On l'enlève alors assez vite. Un peu de bile sort, et le canal dilaté s'affaisse pendant la suture. On pourrait même éviter toute sortie importante de bile, dans le cas de calcul unique, en plaçant, avant l'extraction du corps étranger, en amont sur l'hépatique, une pince qui ferait une légère pression temporaire; mais cette précaution ne sera pas souvent utile.

Elliot n'a pas commis la faute faite par Kocher, faute due à une erreur de diagnostic anatomo-pathologique et sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention parce qu'elle causa la mort de l'opéré. Il n'a pas fixé le canal hépatique à la paroi abdominale. Aussi son malade a-t-il guéri facilement. Il a pratiqué l'hépaticotomie, exactement comme une simple cholédochotomie ou cysticotomie typique. A l'avenir, on suivra cet exemple si probant, et tout le manuel opératoire d'Elliot qui est excellent.

Dans cette hépaticotomie *typique*, Elliot a utilisé deux places de *suture* : le premier au catgut sur la paroi du canal; le second, à la soie, comprenant le péritoine. Kehr a procédé d'une façon analogue. Cabot, au contraire, ne semble pas avoir eu recours à des sutures; il n'avait donc fait qu'une hépaticotomie *atypique*; ce qui ne semble pas d'ailleurs lui avoir bien réussi.

La question du *drainage sous-hépatique* après cette intervention n'est pas encore résolue. Kocher et Elliot ont cru prudent, *malgré la suture*, d'y recourir. Elliot y a ajouté le tamponnement à la gaze, mais Kehr a tamponné simplement la région sous-hépatique à la gaze. Ils s'en sont bien trouvés.

Tant qu'à Cabot, n'ayant pas suturé la plaie faite au canal, il a pratiqué le *drainage de l'hépatique* lui-même. Il aurait pu se contenter de faire un tamponnement sous-hépatique également. C'est sans doute parce qu'il n'a pu placer de point de suture que Cabot s'est résolu à procéder ainsi, devançant Kehr, qui prône ce drainage par le cholédoque; il est vrai dans des circonstances toutes différentes. Mais son observation, pour être moins probante que celle d'Elliot, n'en démontre pas moins, qu'à la rigueur, on peut se passer de suture pour l'hépatique, comme par le cholédoque. La guérison, il est vrai, est plus longue à venir, et il faut attendre la guérison de la fistule. On fait ainsi une véritable *hépaticostomie sous-hépatique*, secondaire, qu'on peut opposer à l'*hépaticostomie intrahépatique* typique, que nous rappelions plus haut.

Langenbuch (1), qui a confondu en une seule description et bien à tort, toutes les interventions sur l'hépatique (1), pense que le voisinage de l'artère hépatique et de la veine porte, présente une certaine importance au point de vue des dangers de l'incision du canal, en se basant sur l'anatomie normale. Mais il a bien été obligé de le reconnaître (car les observations précédentes le prouvent nettement). Ce danger est purement anatomique, c'est-à-dire théorique; en réalité, dans la pratique, c'est-à-dire dans les conditions anatomopathologiques habituelles de la calculose de l'hépatique, il est simplement illusoire puisque, dans les quatre opérations exécutées, on n'a pas eu une seule fois à s'en préoccuper.

On voit donc que l'hépaticotomie pour calculose est une opération qui n'a rien de grave, si elle est malaisée à exécuter d'une façon typique; et, alors même qu'on n'exécute pas le temps, seul délicat, la suture, on ne semble pas courir de risque, en prenant des précautions suffisantes, c'est-à-dire un drainage approprié. Il n'y a donc pas à hésiter. Toutes les fois qu'on rencontrera un calcul de l'hépatique, au cours d'une laparotomie parahépatique exploratrice, il faudra l'enlever. Qui plus est, toutes les fois qu'on jugera à la possibilité de ce diagnostic sur le vivant (ce qui n'est pas si difficile qu'on le pense), il faudra, d'une façon ferme, proposer l'intervention. L'avenir montrera certainement combien les succès seront nombreux.

(1) Langenbuch. — *Chir. der Leber und Gallenblase.* — 1897, p. 346.

(1) Dans ce chapitre, il a mélangé l'*hépaticotomie* avec l'*hépaticostomie*, confondu l'*hépatostomie* avec la *cholangiostomie*, pris pour une cholédochotomie une *lithectomie hépatique par voie cholédochienne*, etc., etc.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE.

A l'*Académie des Sciences*, à la séance du 18 avril, M. Joannes Chatin a décrit les phases de la **multiplication cellulaire**, et il en a discuté la signification fonctionnelle.

M. Bouchard a déposé : 1° Une note de M. Sabrazès sur le **parasite qui forme le sycosis**; 2° une note de M. Bosc sur le **parasite du cancer.**

A la séance tenue à l'*Académie de Médecine*, le 26 avril 1898, quelques présentations hâtives, et, cliché ordinaire, constitution de l'Académie en comité secret pour examiner les titres des candidats au siège de membre associé

libre. Fait curieux : ce sont, en général, des orateurs étrangers à l'Académie qui font les communications les plus importantes et les plus intéressantes ; en général, les académiciens eux-mêmes se taisent ou ne font à la tribune qu'une courte apparition ; il semble qu'une fois l'enceinte académique franchie, on doive faire abandon de tout zèle et de toute ardeur... Enfin, passons.

M. Brouardel présente une petite brochure sur les **Institutions sanitaires au Japon.**

M. Hallopeau présente, de la part de M. Chambellan, **un nouveau spéculum rhino-pharyngien**, qui offre l'avantage de pouvoir être manié d'une seule main.

M. Budin présente, de la part de M. Henri de Rotschild, un volume sur **l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel.**

M. Bergeron, en réponse à une lettre adressée par M. le ministre de l'Intérieur, lit un rapport sur la **déclaration obligatoire de la lèpre en Algérie.** Suivant ce rapport, la lèpre doit être considérée comme maladie contagieuse, et, par suite, la déclaration obligatoire s'impose.

M. Pinard présente, en son nom et au nom de MM. Barié et Vaillant, **quelques épreuves radiographiques dites instantanées**, obtenues dans l'espace de 3 à 70 secondes.

M. Maurice de Fleury lit un travail très intéressant sur le **traitement médical de l'épilepsie**, traitement basé sur l'hygiène de l'appareil digestif et circulatoire.

Enfin M. Tuffier fait une communication sur **une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus.** Un grand nombre d'affections, comme l'entéroptose, les ptoses des viscères, d'une façon générale, le varicocèle, etc., ne sont, le plus souvent, que les manifestations de cette maladie générale, qui s'accompagne également de troubles nerveux (névralgies, neurasthénie, etc.).

LES LIVRES NOUVEAUX

Annuaire des Eaux minérales. — *Stations climatiques et sanatoria de la France et de l'étranger, suivi d'une nomenclature des principaux Établissements hydrothérapiques et bains de mer.* — Bureau de la *Gazette des Eaux*, Paris, édition 1898, corrigée et augmentée.

Ce volume (40e année) comprend : Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratifs des eaux minérales au Ministère de l'Intérieur à Paris. — La liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc. — La liste des stations thermales françaises avec le nom de leurs médecins. — La liste des médecins des stations par ordre alphabétique. — La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris, et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France. — La nomenclature générale des Eaux minérales françaises, avec leur classement, leurs indications sommaires et les moyens de locomotion pour s'y rendre. — Le memento de leurs principales indications thérapeutiques. — La nomenclature des principales stations et eaux minérales étrangères. — Le classement des sources minérales selon leur nature et leurs caractères chimiques. — La nomenclature des principales stations d'hiver et d'été (sanatoria et autres stations d'altitude, de plaine ou stations maritimes). — Une note des principaux hôpitaux ou instituts marins (fondation de l'Œuvre des hôpitaux marins, ou fondations particulières). — La liste des principaux établissements d'hydrothérapie médicale en France. — La nomenclature des plages et bains de mer les plus en renom. — Enfin, des notices descriptives et détaillées sur quelques stations, eaux minérales, établissements climatiques et installations d'hydrothérapie médicale.

C. Crinon, Directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*. **Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles.** — Rueff et Cie, Paris, 5e édition.

La cinquième édition que vient de publier M. Crinon dans sa *Revue des médicaments nouveaux* constitue, comme les précédentes éditions, une sorte de répertoire de tous les médicaments introduits dans la thérapeutique depuis une dizaine d'années. En ce qui concerne ceux de ces médicaments, qui n'ont eu ou ne doivent avoir qu'une existence éphémère, l'auteur se contente de les signaler, et de leur consacrer quelques lignes ; en général, les développements donnés à chaque article sont proportionnés à l'importance réelle ou présumée de la substance à laquelle l'article est consacré. Parmi les médicaments récemment introduits dans cette nouvelle édition, nous devons signaler : l'*Actol*, l'*Anilipyrine*, l'*Apolysine*, l'*Argonine*, la *Benzacétine*, le *Bismal*, le *Chinosol*, le *Chlorosalol*, le *Citrophène*, la *crésochyne*, la *Cryofine*, les *Eucaïnes A et B*, l'*Euquinine*, la *Formopyrine*, la *Glucine*, le *Glutol*, l'*Hémol*, l'*Holocaïne*, l'*Hydrargirol*, l'*Hydrargiroseptol*, l'*Ichtalbine*, l'*Iodiothyrine*, l'*Itrol*, l'*Orphol*, l'*Orthoforme*, l'*Ovarine*, les *Phosphate* et *Phosphite de gaïacol*, le *Pyramidon*, la *Pyrantine*, la *Saliformine*, le *Sanoforme*, la *Somatose*, la *Tannalbine*, les *Tannoformes*, la *nouvelle Tuberculine de Koch* et le *Xéroforme*. Nous mentionnerons aussi l'article ayant pour titre : *Aldéhyde formique*, qui a été complètement refait et mis au courant des derniers travaux de ceux qui ont étudié ce corps. Quant au plan de l'ouvrage, il est resté le même ;

l'auteur indique sommairement, et successivement le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, l'action physiologique, les vertus thérapeutiques de chaque médicament, ainsi que les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à l'administration et les doses auxquelles il peut être prescrit. Ce petit volume de 400 pages s'adresse aux médecins aussi bien qu'aux pharmaciens; ils y trouveront tous les renseignements dont ils peuvent avoir besoin sur les médicaments nouveaux qu'ils désirent expérimenter. [A. P. S.]

VARIÉTÉS

La médecine légale à la fin du XIXe siècle.

Tous ceux qui s'intéressent aux dessous médicaux ont suivi la discussion Varnier-Pinard et Maygrier-Socquet, à la *Société de Médecine légale*, épilogue de l'affaire Laporte qui, décidément, fait bien mal augurer des rapports entre médecins et hommes de loi!

Tout se résume aujourd'hui en ces mots : M. Varnier a discuté sur un *rapport sommaire*, *document* **copié par Me Henri Robert, de sa propre main**! (1) Or, si Me Henri Robert l'a copié, ce rapport, c'est que ce document a existé; donc, il *existe encore quelque part* ou *a été détruit*! Mais voici qui est plus drôle : M. Socquet affirme que ledit rapport *n'a jamais existé*!

Qui croire? Ou M. Socquet ou Me Henri Robert qui, évidemment, n'avait pas intérêt à *copier* ce qui n'existait pas. Bizarre, bizarre la médecine légale de cette fin de siècle!

Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français.

La Caisse des Pensions de Retraites du Corps médical français a tenu, les 16 et 17 avril derniers, sa session annuelle sous la présidence de M. le Dr Lande, président.

Du rapport du trésorier, M. le Dr Verdalle, il résulte que l'avoir total au 17 avril était de 730.290 fr. 04. Le portefeuille, placé en valeurs françaises garanties par l'Etat, a une valeur de 706.899 fr. 10. Toutes ces valeurs sont nominatives, inscrites au nom de la Caisse de Retraite. La Caisse sert en 1898 vingt-trois retraites pour la somme de 16.243 fr. 90, entre autres 8 retraites de 1.200 fr. et 7 de 600 fr. Le capital inaliénable était, au 31 décembre 1897, de 525.246 fr. 87; la Caisse de réserve de 157.867 fr. 63; et la Caisse auxiliaire ou de secours, de 4.989 fr. 14.

Paris, 17 avril 1898. *Le Trésorier*, Dr VERDALLE.

(1) Voir *Gaz. hebd. des sc. méd.* 1898, n° 28, p. 336.

Assistaient à la séance du Comité Directeur et du Comité de Censeurs : MM. Lande (de Bordeaux), président; Cézilly, vice-président; Delefosse, secrétaire général; Mauraz (de Chantilly), secrétaire; Verdalle (de Bordeaux), trésorier; et MM. les Censeurs et Assesseurs : Jeanne (de Meulan); Gassot (de Chevilly); St-Philippe (de Bordeaux); Bardy (de Belfort); Niblot (de Châteaudun); Porson (de Nantes).

Excusé : M. de Ranse (Paris).

Les hôpitaux militaires de Cuba.

Les événements qui se déroulent à Cuba à l'heure présente donnent une certaine actualité au travail que vient de publier M. le Dr Augel de Larra Cerezo, médecin militaire, et qui est surtout intéressant par les documents figurés qu'il renferme (1).

L'hôpital militaire d'Alphonse XIII est le plus important; il se trouve à 2 kilomètres environ en dehors de l'enceinte de la Havane. Ouvert à la fin de l'année 1895, sous le nom d'Hôpital du Prince, il occupe près d'un demi-kilomètre carré. Il se compose de 100 bâtiments de diverses grandeurs, qui, à la fin de 1897, étaient ainsi répartis : 4 salles pour les officiers, 50 salles pour les blessés, 12 baraques pour les malades infectieux, une salle d'opérations aseptiques, un pavillon pour l'hydrothérapie, etc. Le mouvement mensuel a oscillé entre 2.000 et 3.000 malades.

Le personnel de santé militaire comprend plus de 600 médecins et 100 pharmaciens. Il a essuyé de nombreuses pertes (la plupart dues à la fièvre jaune), qui atteignent le chiffre de 50 médecins et 6 pharmaciens.

Des graphiques très intéressants accompagnent ce travail communiqué au dernier Congrès d'Hygiène de Madrid.

Les chirurgiens-barbiers en Suède. Un peintre paysagiste ancien apprenti chirurgien.

M. Gustave Albert, aujourd'hui peintre paysagiste assez connu, a raconté à un rédacteur du *Temps* comment il fut jadis en Suède apprenti chirurgien-barbier :

« Je suis entré jeune en qualité d'apprenti, chez un personnage important, le barbier-chirurgien d'Eskilstuna. Car il y a encore en Suède de ces hommes rares, disparus en France depuis un siècle, qui jouissent légalement du double privilège de gratter le menton de leurs semblables et de pratiquer dans leurs veines, d'une main sûre, la copieuse saignée qui combat les humeurs peccantes. Ces fonctions honorées, et relativement lucratives, ne peuvent être exercées que par des hommes relativement instruits. Outre l'apprentissage préalable, un apprentissage de plusieurs années, on exige d'eux un stage de six mois dans l'hôpital d'une grande ville, et le stage est suivi

(1) Madrid, Imprimerie du Dépôt de la Guerre, 1898.

d'un examen très sérieux qui porte sur la botanique, l'anatomie et la chirurgie. Muni de ce diplôme, le barbier-chirurgien est officiellement investi du droit, non seulement de saigner, mais de recoudre les lèvres fendues, les oreilles arrachées, de soigner les plaies produites par des instruments contondants ou tranchants, de rebouter les membres luxés, de réduire les fractures et même, dans les cas graves, en l'absence d'un chirurgien docteur, de couper, suivant toutes les règles de l'art, bras et jambes. Seul, l'exercice de la médecine est interdit au barbier-chirurgien. Son domaine, pour être limité, est très vaste :

« La boutique de mon maître, barbier-chirurgien, regorgeait, du samedi soir au lundi, de blessés dont les plaies n'avaient rien de ragoûtant. Les forgerons d'Eskilstuna ont été, de tout temps, réputés pour leur extrême violence. Leurs habitudes d'ivrognerie aidant, c'était, après la paye du samedi, des batailles qui duraient toute la nuit, toute la journée encore du lendemain, et dont les résultats se chiffraient, sur une population de quinze cents ouvriers, par une cinquantaine au moins de coups de couteau, sans parler des têtes fracassées. Je me vois encore, ces jours-là, rasant d'une main qui tremblait, le cuir chevelu des patients, avant de rapprocher à l'aiguille la peau déchirée qui pendait en lanières sanguignolentes sur le crâne. Et peu à peu, à mesure qu'on introduisait dans le pays les machines, les accidents du travail augmentaient. Aux tueries du samedi se joignirent, dans la semaine, les doigts coupés dans les engrenages, les bras et les jambes écrasés. Je faillis devenir fou. Je n'avais compté en entrant chez mon maître, que sur des faces paisibles à raser ; je me trouvais sur un champ de bataille où le scalpel, à tout instant, remplaçait en mes mains le rasoir. Je dis adieu à la profession pour toujours. J'en gardai une aversion profonde pour l'alcool et, le travail du diplôme aidant, des notions d'anatomie très précises. Elles m'ont été, par la suite, très utiles. Grâce à elles, je connaissais la place de chaque muscle, tant j'avais mis de soin à recopier au crayon, à la plume, toutes les planches du recueil antédiluvien que mon patron m'avait prêté pour l'étude. »

NÉCROLOGIE

M. le Dr Georges Zancarol, médecin en chef de l'hôpital hellénique d'Alexandrie, délégué de la Grèce au conseil sanitaire maritime et quarantenaire, membre correspondant de la Société de Chirurgie et de la Société Médicale des hôpitaux de Paris, commandeur de l'Ordre du Sauveur et du Medjidieh, est décédé à l'âge de 59 ans, à Alexandrie (Egypte).

AVIS TRÈS IMPORTANT

MM. les Actionnaires de la *Gazette Médicale* sont informés qu'une Assemblée générale extraordinaire aura lieu au siège social, le samedi 14 mai prochain, à 5 heures et demie du soir.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Missions scientifiques. — M. le Dr Maclaud, qui a récemment accompli une mission remarquée dans la Guinée Française, après celle qui l'avait conduit à Kong en 1893, aux côtés de l'infortuné Braulot, alors lieutenant, vient d'être chargé d'une nouvelle mission en Afrique occidentale. Il explorera cette fois le versant nord du Fouta-Djalon, région encore peu connue, mais dont la richesse et la salubrité permettent d'attendre d'importantes ressources.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Il est créé, à la faculté de médecine de Montpellier, une chaire de clinique des maladies des enfants. Cette chaire est une fondation de l'université de Montpellier. M. Baumel, agrégé près la faculté de Montpellier, est nommé professeur titulaire de cette nouvelle chaire.

Service de santé. — Le médecin principal de première classe Geschwind, médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne, est nommé directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie. — Le médecin principal de deuxième classe Gorsse, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montauban, est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne.

Monument Grisolle. — Le conseil général du Var a voté une somme de 500 francs pour le monument qui sera élevé à Fréjus en l'honneur du célèbre professeur Grisolle, ancien président de l'Académie de médecine. M. Grisolle était né à Fréjus.

Banquet Budin. — Les amis et les élèves du Dr Budin ont l'intention de lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination de Professeur. La réunion aura lieu le mardi 10 mai, à 7 heures 1/2 *précises*, à l'Hôtel Continental. Prière instante de faire parvenir les adhésions, avant le 2 mai, à l'un des commissaires du banquet. Prix de la cotisation : 20 francs. — Commissaires du banquet : M. le Dr Louis Dubrisay, 6, rue de Marengo, M. Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

La **Société d'Anthropologie de Paris** décernera, en 1898, les prix suivants : *Prix Broca* (1,500 fr.) : « ... *Anatomie humaine, anatomie comparée ou physiologie se rattachant à l'anthropologie* ». — *Prix Bertillon* (500 fr.). — « *Matière concernant l'anthropologie et notamment la démographie* ». Tous les mémoires manuscrits ou imprimés doivent être adressés à la Société, 15, rue de l'École-de-Médecine, avant le 1er juillet. Les prix *Godard* (500 fr.) et *Fauvelle* (2,000 fr.) seront décernés en 1899. Le règlement de ces divers prix sera adressé sur demande.

Ecole de Médecine de Caen. — Un concours pour la place de chef de clinique interne à l'École de Médecine et de Pharmacie de Caen sera ouvert le 12 juin 1898, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

PETITE CORRESPONDANCE

La GAZETTE MÉDICALE, étant l'organe hebdomadaire de l'Institut de Bibliographie, il sera répondu à cette place aux questions qui sont posées par les Abonnés de l'Institut.

M. A... (Nantes). — La machine à écrire *la Harfort*, employée pour la copie de nos fiches de vente est aussi employée à notre service spécial des *copies* qui se charge de tous les travaux scientifiques qu'on veut bien lui confier. Vous pouvez donc envoyer la vôtre, vous aurez satisfaction.

Demandes et Réponses.

D. — En quoi consiste le service des *Recherches et Renseignements* de l'Institut?

R. — Il existe, à l'Agence Bibliothéconomique, un service tout spécial de **Consultations et Recherches** (R. B.), grâce auquel un client peut obtenir diverses communications ou *Renseignements* relatifs aux diverses sciences. Il n'a qu'à poser la question et on s'efforce d'y répondre *le plus rapidement possible*, soit oralement, soit par lettre, soit par téléphone à Paris. On répond, au besoin, par *télégraphe* (Frais d'expédition en plus).

Une **consultation** *orale*, isolée, est cotée au prix de **Cinq francs**, à forfait.

Chaque *Renseignement* ou *Recherche* simple est coté à **Un franc** pour la France ; **Deux francs** pour l'Etranger. Cela pour toutes les personnes qui ne sont pas abonnées à l'un des services du Musée de Bibliographie. — Pour les abonnés, le prix de chaque renseignement ou de chaque recherche est réduit à **Cinquante centimes** et **Un franc.**

Le Renseignement ou la Consultation doit être payé **d'avance**.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Association typographique, 12, *rue de la Barre*, Lyon.

Poncet (Antonin) et Dor (Louis). — **De la botryomycose humaine. — Identité de nature de tumeurs d'apparence papillomateuse chez l'homme avec la botryomycose ou champignon de castration du cheval.** — Broch. in-8 de 20 pages avec 7 figures dans le texte. Lyon, 1898.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Tout étudiant en médecine, qui enverra à la *Gazette Médicale de Paris*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, deux exemplaires de sa thèse de doctorat, aura droit *gratis* à un abonnement d'un an, à la seule condition d'en adresser la demande écrite aux bureaux de l'*Institut de Bibliographie*, 93, boulevard Saint-Germain.

INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE

Paris. — 93, boulevard Saint Germain, 93. — Paris.

VIENT DE PARAITRE :

Les opérations nouvelles sur les voies biliaires; par le Dr Marcel Baudouin, *chef du laboratoire du cours d'opérations à la Faculté de medecine*. Préface de M. le professeur Félix Terrier, Paris, 1898, volume de 200 pages.

D'après le *Centralblatt für Chirurgie*, Leipzig, 1898, p. 379-380), la monographie de M. Baudouin, accompagnée d'une introduction de M. Terrier, n'est pas seulement une description comparative des interventions chirurgicales tentées jusqu'à présent sur les voies biliaires, description témoignant d'une connaissance de la littérature la plus moderne de la question ; elle est encore, — et c'est là le principal mérite de l'ouvrage en question —, une étude critique et une classification logique de ces interventions. Comme les opérations séparées y sont classées d'après le principe unitaire, leur nomenclature, jusqu'à présent un peu arbitraire, va être, elle aussi, par suite, modifiée d'une façon systématique. L'auteur nous montre dans sa description comparative l'ensemble des interventions chirurgicales entreprises sur le *canal hépatique*, ainsi que sur ses embranchements, le *canal cystique* et le *canal cholédoque*, à l'exception de la cholédochotomie et cholédochostomie simples, qui ont été décrites ailleurs par M. Terrier lui-même. De ce que nous venons de dire, il appert que la chirurgie de la vésicule biliaire n'est pas abordée dans ce livre, consacré exclusivement aux *voies* biliaires. Ce n'est pas le lieu d'entrer dans les détails. Nous pouvons seulement dire, dès maintenant, que l'auteur a réussi à apporter un ordre parfait dans le chaos des opérations diverses entreprises sur les voies biliaires. Nous ne doutons pas non plus qu'il n'ait atteint son but principal de propager parmi les médecins français la connaissance de cette partie de la chirurgie, qui est, dans une proportion très considérable, le domaine de la chirurgie allemande. Nous croyons par suite que cette monographie sera d'une grande utilité à tous ceux qui voudront s'occuper particulièrement de cette branche de la chirurgie. La tentative de l'auteur de donner à la fin de son ouvrage une table des matières basée sur le système décimal international (Dewey-Baudouin) exigerait de la part de l'auteur une explication pour être bien compréhensible.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

CHIRURGIE DE L'INTESTIN

Par le professeur **JEANNEL**, de Toulouse

Magnifique volume de 400 pages environ, avec 363 gravures dans le texte.

Prix. . . . . **10** francs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Marcel Baudouin.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.